Lane Medical Library

Retroflexio uteri gravidi partialis

bedingt durch ein Myom.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 23. August 1889

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Johann Lambert Lueb

aus Borken (Westfalen).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Otto Goebel.
- Dr. med. Franz Wings.
- Cand. med. Hermann Gaertig.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen lieben Eltern.

Die Lehre von der Retroflexio uteri, sowohl des nichtgraviden als des graviden, ist verhältnissmässig jung. Zu einer Zeit, als man über Haltung und Lage des Kindes im Uterus schon längst orientirt war, als Wendung und Extraction, Geburtszange und Perforatorium schon in Gebrauch waren, da war über die Lageveränderung der Gebärmutter nur noch wenig bekannt. Es ist dies um so mehr befremdend, weil die Retroflexio uteri bei einer so grossen Zahl von Frauen vorkommt und die mannigfaltigsten Symptome, als da sind: Kreuzschmerzen, Gefühl von Druck und Schwere im Becken, Harn- und Stuhlbeschwerden, chronischer Uteruskatarrh, Unfruchtbarkeit etc. in ihrem Gefolge haben kann. Ferner ist das späte Entstehen dieser Lehre deshalb noch merkwürdig, weil die Retroflexio uteri gravidi mit Incarceration, welche allerdings weit seltener auftritt, mit so ungeheuer foudroyanten Erscheinungen einhergeht. Macht dieselbe doch den Zustand der Frauen, die von ihr befallen werden, zu einem wahrhaft schaudererregenden. Unerträgliche Schmerzen in der Blasengegend, fortwährender, fruchtloser Drang zum Harnlassen, starke peritonitische Erscheinungen, ein äusserst schmerz-

haftes Gefühl einer Zerrung und des Herabgedrängtwerdens eines fremden Körpers zwingen die Frauen zum fortwährenden Klagen und Jammern. Tritt keine Naturhülfe oder ärztliche Hülfe ein, so gesellen sich diesen Symptomen noch Ileus, Miserere, Hydronephrose, Uterusruptur mit Ausstossung der Frucht in die Bauchhöhle hinzu, bis schliesslich der Tod dem qualvollen Zustand ein Ende setzt. Dass trotz dieser angeführten Momente die Lageveränderung der Gebärmutter so spät die Beobachtung der Aerzte fand, hat seinen Grund in der allgemeinen Vernachlässigung der gynäkologischen Untersuchung. Als aber mit dem Beginn dieses Jahrhundertes die innere und combinirte Untersuchung eingeführt wurde, und als sich Specialisten in der Gynäkologie und Geburtshülfe ausbildeten, da erkannte man auch bald das ungemein häufige Vorkommen dieser Lageanomalie, ihre hohe Bedeutung und Wichtigkeit. Mit der Vervollkommnung der Untersuchungsmethoden und der Erfindung sinnreich erdachter Instrumente gelangte die Lehre von der Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter rasch zu immer höherer Blüthe. Dank des wissenschaftlichen Fortschrittes auf diesem Gebiete entgingen nun auch bald jene recht selten vorkommenden Fälle von Lagedeviation des Fruchthalters nicht mehr der Diagnose, bei denen die Portio dicht hinter oder über der Symphyse steht, die hintere untere Uteruswand durch einen Kindestheil oder die Blase zwischen Cervix und Promontorium herabgepresst ist, während die vordere obere Uterus-

wand in die Bauchhöhle gestiegen ist. Der Uterus hat hier also eine Gestalt angenommen, welche ich am liebsten mit einem Kartenherz, dessen Spitze der Portio uteri entsprechen würde, vergleichen möchte. Diese Lageanomalie hat man mit dem Namen „Retroflexio uteri gravidi portialis“ belegt und muss denselben zutreffend finden, wenn der grössere Theil oder mindestens die Hälfte des schwangeren Uterus im grossen Becken gelegen ist. Bayenham hat als Uebergangsstufe von der partiellen zur totalen Retroflexio noch von einer „incompleten“ gesprochen, unter denen man die Fälle aus dem Ende des vierten und aus dem fünften Schwangerschaftsmonat zu verstehen hat. Diese Lehre von der theilweisen Rückwärtsverlagerung des Fruchthalters ist im wesentlichen ein Kind der letzten Jahrzehnte. Wie aber so viele neue Lehren, die das Feld der Wissenschaft betreten, bekämpft und bestritten werden, so fehlte es auch bei der Aufstellung der Lehre von der partiellen Retroflexio nicht an Autoren, die dieselbe stark bezweifelten oder geradezu verneinten. Gegenwärtig kann über das Vorkommen derselben jedoch kein Zweifel mehr obwalten. Im Folgenden sollen nun ausser den aus der Literatur mir bekannten diesbezüglichen Fällen ein in diesem Sommer-Semester in der Gusserow'schen Klinik beobachteter Fall beschrieben werden, welcher vor den andern sich dadurch auszeichnet, dass er durch ein Myom bedingt war, was — so weit uns bekannt — in der Literatur noch nicht beschrieben ist.

Die Krankengeschichte des zuletzt erwähnten Falles ist folgende:

Ende April dieses Jahres wurde eine Frau in die Charité aufgenommen, von welcher der Arzt, der sie behandelt hatte, glaubte, dass eine Extrauterinschwangerschaft vorhanden sei.

Anamnese: die 40 j. Frau, deren Eltern an einer ihr unbekannten Krankheit gestorben, deren Geschwister gesund sind, will ausser als Kind an Scharlach, an keiner Krankheit gelitten haben. Seit ihrem 15. Jahre ist sie menstruirt, ihre Regel war stets regelmässig, ohne wesentliche Beschwerden, etwas reichlich. Sie hat 6 gesunde Kinder ohne Kunsthülfe geboren, niemals abortirt. Letzte Geburt war vor drei Jahren, letzte Regel Mitte November 1888. Ausser den gewöhnlichen Schwangerschaftsbeschwerden fühlte sie sich dann wohl bis zum 24. März 1889, wo sich nach einer anstrengenden Arbeit bei ihr plötzlich ein Druckgefühl im Unterleib und wehenartige Schmerzen einstellten, so dass sie einen Abort für bevorstehend hielt. Blut und Eihautfetzen sind hierbei nicht abgegangen, ebenso keine Zeichen einer inneren Blutung aufgetreten. Gleichzeitig machte sich, nachdem schon seit einiger Zeit Obstipation bestanden hatte, ein starker Drang zum Uriniren bemerkbar, sie entleerte häufig, aber stets nur wenige Tropfen Urin, was jedesmal mit brennenden Schmerzen vorn in der Harnröhre verbunden war. Der zu Rathe gezogene Arzt katheterisirte die Harnblase und behandelte sie mit

Medicamenten. Dann konnte die Frau den Urin spontan lassen, was jedoch immer noch mit Schmerzen verknüpft war. Abwechselnd hatte sie auch Frösteln und Hitzegefühl. Ihre Klagen bei der am 28. April 1889 erfolgten Aufnahme in die Charité beziehen sich auf Schmerzen in der linken Seite des Abdomens und Urinbeschwerden.

Status präsens: Mittelgrosse Frau von gracilem Knochenbau, mittelmässiger Muskulatur, geringem Fettpolster.

Wangen und Lippen sind cyanotisch gefärbt. Gesichtsausdruck etwas leidend.

Die Haut des Körpers und der Extremitäten zeigt ein im Stadium der Abschuppung begriffenes Eczem. Das rechte Bein ist ödematös geschwollen.

Puls in der gerade verlaufenden Arterie nicht beschleunigt, regelmässig, von mässiger Spannung. Temperatur nicht erhöht.

An der Herzspitze und der Aorta leises systolisches Geräusch. Ueber dem linken unteren Lungenlappen sind katarrhalische Geräusche zu hören.

Milzdämpfung vergrössert.

Urin trübe, spärlich.

Abdomen besonders die linke Seite desselben deutlich vorgewölbt.

Man fühlt auf der linken Seite einen kugeligen, glattwandigen Tumor, der aus dem kleinen Becken zu kommen scheint und sich nach der Mittellinie bis in Nabelhöhe verschieben lässt. Foetaltöne nicht hörbar,

Uteringeräusch hörbar. — Hintere Scheidewand prolabirt. Die Portio steht dicht hinter der Symphyse. Das vordere Scheidengewölbe ist stark in die Länge gezogen, kaum mit dem Finger abtastbar. Das hintere Scheidengewölbe ist durch einen sphärischen, elastischen Tumor, der die ganze Kreuzbeinhöhle einnimmt, stark vorgebuchtet. Derselbe lässt sich etwas nach oben bewegen und enthält Kindstheile. Zusammenhang zwischen dem von aussen und innen zu fühlenden Tumor scheint vorhanden zu sein.

Herr Dr. Dührssen nahm zu derselben Zeit folgenden Befund auf:

Vom hinteren Scheidengewölbe aus fühlt man einen fluctuirenden Tumor, der das Becken ausfüllt, den Douglas'schen Raum stark nach abwärts drängt, die Portio hinter den oberen Rand der Symphyse verlagert hat, sich eben von den Beckenwandungen abgrenzen und auch etwas in die Höhe bewegen lässt. In ihm sind Kindstheile palpabel. Die Geschwulst in der Bauchhöhle besteht aus **zwei** Tumoren, welche durch eine kleine Einschnürung von einander getrennt sind. Der eine von diesen Tumoren liegt grösstentheils nach rechts von der Linea alba, erstreckt sich bis drei fingerbreit unter den Nabel und lässt nach oben eine kaum gekrümmte Grenzlinie durchpalpiren, wie sie dem Fundus uteri entspricht. Mit diesem Tumor hängt ein zweiter innig zusammen, welcher die linke Hälfte des Leibes einnimmt, bis in Nabelhöhe reicht und nach oben stärker gewölbt erscheint.

Diagnose: Der Sack, welcher im Douglas und von aussen zu fühlen ist und Kindstheile enthält, kann kein extrauteriner Fruchtsack, sondern muss der Uterus sein, da die Portio unmittelbar in denselben übergeht und neben dem Fruchtsack kein zweiter Tumor liegt, den man als den leeren Uterus seiner Form und Grösse nach ansprechen kann. Ist aber der Fruchtsack der Uterus selbst, so ist auch durch die eigenthümliche Ausbuchtung des Uterus in das kleine Becken hinein die Diagnose: Retroflexio uteri gravidi partialis ohne weiteres gegeben. Dies war auch die Diagnose, welche Herr Geheimrath Prof. Dr. Gusserow bei der klinischen Besprechung des Falles stellte, da er im Leib nur einen grossen Tumor fühlte, welcher mit dem im Becken gelegenen zusammenhing, während Herr Dr. Dührssen aus seinem Befund zur Diagnose: Retroflexio uteri gravidi partialis mit Neubildung einer vorläufig nicht näher zu bestimmenden Art gelangte.

Therapie: Da zunächst keine Indication zu einem Eingriff vorlag, so war die Behandlung eine exspectative. Als jedoch die Blasenbeschwerden und die Schmerzen in der linken Seite des Abdomens sich steigerten, wurde am 24. Mai in Narkose der im kleinen Becken befindliche Tumor leicht in die Bauchhöhle reponirt und der Frau ein Ring eingelegt. Nach der Reposition verlor die Frau schnell ihre ebengenannten Beschwerden.

Am 25. Mai nahm Herr Dr. Dührssen, der sich für den Fall speciell interessirte, eine nochmalige

Untersuchung vor, welche seine erste Diagnose bestätigte und folgenden Befund ergab:

Der Leibesumfang beträgt 99 cm.

Der Uterus füllt jetzt die rechte Leibeshälfte bis zum Rippenrand völlig aus, im Fundus liegen links kleine Theile, rechts der Kopf. Herztöne sind rechts dicht über dem Nabel zu hören. Die linke Hälfte des Leibes ist bis zur Nabelhöhe durch einen etwa mannskopfgrossen runden Tumor eingenommen, der sich vom Uterus durch eine deutlich sichtbare, in der Linea alba gelegene Furche absetzt. Die Palpation ergiebt an dieser Stelle breiten Zusammenhang des Tumors mit der linken Seitenkante des Uterus. Der Tumor fluctuirt undeutlich. Die innere Untersuchung ergiebt das Becken völlig frei, die Portio steht in der Führungslinie. Die Scheide bildet besonders nach dem Scheidengewölbe hin grosse Falten.

Es war nun die Entscheidung zu treffen, ob die Neubildung ein Myom oder ein Ovarialtumor sei. Beide konnten zwar zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft führen, beide bei der Geburt ernste Störungen hervorrufen, die eventuell einen operativen Eingriff erheischen würden. Dennoch war es für die Therapie von grosser Wichtigkeit zu entscheiden, ob die eine oder die andere Neubildung vorliege. War sie ein Myom, so lag vorläufig eine Indication zu einer Operation nicht vor, da keinerlei ernste Beschwerden von Seiten desselben vorhanden waren. Sollte das Myom während der Geburt eine Operation

verlangen, dann würde dieselbe den grossen Vorzug haben, dass man zugleich neben der Entfernung der Geschwulst ein lebensfähiges Kind erzielen konnte, sei es durch den Kaiserschnitt oder — wenn die Lage des Myoms es verlangte — durch die Porro'sche Amputation.

Lag ein Ovarialtumor vor, so war die Operation aus folgenden Gründen indicirt:

1) weil Ovarialtumoren entweder schon bösartig sind oder doch leicht bösartig werden können,

2) weil dieselben besonders während der Gravidität rapide zu wachsen pflegen,

3) weil sie eine Axendrehung des Stiels erleiden können, ein Ereigniss, das gar nicht so selten bei Ovarialtumoren eintritt und das mit grossen Gefahren einhergehen und selbst den Tod herbeiführen kann.

Weil die Frau vor ihrer Schwangerschaft von einer Geschwulst im Leibe nichts gemerkt, keine Symptome von Seiten derselben gehabt hatte, so wurde die Vermuthung ausgesprochen, dass der Tumor während der Gravidität schnell gewachsen und deshalb wahrscheinlich ein Ovarialtumor sei. Ferner sprach die weiche Consistenz der Geschwulst mit Wahrscheinlichkeit gegen Myom.

In Anbetracht dieser Momente wurde am 28. Mai die Laparotomie gemacht. Es fand sich ein mannskopfgrosses, ödematös geschwollenes, der linken Seite des Uterus in einer Länge von 12 cm breit aufsitzendes Myom vor. Dasselbe wurde exstirpirt. Das Präparat wog $1^1/_2$ Pfund. —

Um das Eintreten einer Fehlgeburt zu verhüten, wurden Opiate angewandt.

In den ersten zwei Tagen nach der Operation kein Collaps, keine peritonitischen Erscheinungen, keine wehenartigen Schmerzen. Plötzlich am 1. Juni Nachts $^1/_2$1 Uhr bekam die Operirte so starke Wehen, dass in kurzer Zeit ein sechsmonatlicher todter Foetus und bald darauf die Placenta ausgestossen wurden. Der Uterus contrahirte sich gut und dauernd. In den nächsten Tagen stellten sich leichte peritonitische Symptome ein. Die Frau genas jedoch und konnte am 29. Juni als gesund aus der Charité entlassen werden.

Von den in der Literatur bekannten Fällen war es vor Allen der unter dem Titel „Case of Retroflexion of the gravid uterus during labour at term" erstattete Bericht Oldham's, der das Interesse der Fachgenossen im hohen Maasse in Anspruch nahm.

Im Juli 1859 wurde Oldham von einem Collegen zu einer Erstgebärenden zu Rathe gezogen, die er vor drei Jahren, als sie Gesellschaftsdame einer Patientin von ihm war, wegen Schmerzen beim Wasserlassen, wegen Stuhlverstopfung und Metritis behandelt hatte, Symptome, die er in einer Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter begründet fand. Seine Behandlungsweise milderte die Beschwerden, beseitigte jedoch nicht die Lageanomalie. Nun befand sich die seit 2 Jahren verheirathete Frau am Ende der Gravidität, in der keine aussergewöhnliche Beschwerden

Statt gehabt hatten. Dem vor 3 Tagen erfolgten Abgang von Fruchtwasser und Kindspech hatten sich gleich Wehen angeschlossen, die seit 18 Stunden von bedeutender Intensität waren. Der Fundus uteri stand 4 Finger breit über dem Nabel, aber anstatt eine Vorwölbung des Abdomens nach vorn und unten bewirkt zu haben, war er nach rückwärts getreten.

Die taschenförmige Ausstülpung des Bauchfells zwischen Gebärmutter und Mastdarm war von einem elastischen, sphärischen Tumor ausgefüllt, durch dessen dünne Wandung nach Verdrängung eines flüssigen Inhaltes ein harter Theil, der als Kindskopf zu deuten war, gefühlt werden konnte. Das vordere Scheidengewölbe war derart in die Länge gezogen, dass sein oberer Abschnitt nicht abgetastet werden konnte. Erst in der Chloroformnarkose und nach allmählicher Erweiterung des engen Scheideneinganges gelang es, die $3^1/_2$ Zoll über der Symphyse stehende Portio zu erreichen. Der Muttermund war geschlossen, konnte jedoch nach Einführen erst eines und dann zweier Finger wider Erwarten leicht geöffnet werden. Oldham konnte nun den Hodensack und die Leistenbeugen des Kindes fühlen. Nachdem ein Versuch durch einen von der Scheide aus mit der flachen Hohlhand gegen die convexe Fläche des Uterus ausgeübten Druck den Tumor zu reponiren misslungen war, drückte Oldham mit der äusseren Hand den Steiss des Kindes herab, führte einen Finger in den Anus ein und machte nun Hebelbewegungen, die den Steiss des

Kindes dem Cervikalkanal näherten und den Kopf desselben von seinem niederen Standort erhoben. Hierauf nahm er nun plötzlich die innere Hand vom Steiss fort und drückte mit derselben gegen den unteren Theil des Tumors, der dann rapide in die Bauchhöhle hinaufschnellte. Der Muttermund stellte sich richtig ein und nach Erweiterung desselben wurde ein todtes Kind extrahirt. In den ersten drei Tagen nach der Geburt befand sich die Wöchnerin wohl, am vierten Tage stiess sie einen Blutklumpen aus, wobei eine beträchtliche Blutung auftrat. Die Frau erholte sich jedoch schnell.

Auch in den zunächst folgenden drei Fällen erreichte die Schwangerschaft trotz Retroflexio uteri gravidi partialis ihr normales Ende.

Merriman's Erstgebärende hatte in den letzten drei Monaten an Schmerzen beim Uriniren gelitten. Die Hülfe Merriman's wurde deshalb in Anspruch genommen, weil einem frühzeitigen Blasensprung sich äusserst schmerzhafte Wehen angeschlossen hatten, als deren Grund Merriman die vorhandene theilweise Rückwärtsverlagerung des Fruchthalters erkannte. Als am folgenden Tage die Kreissende eclamptische Anfälle bekam, machte er die Venaesection und gab Narcotica, nach denen die Convulsionen cessirten. Am anderen Tage war kindliches Leben nicht mehr zu constatiren, am fünften Tage die Portio immer noch nicht erreichbar. Störungen von Seiten der Blase hatten sich während dieser Zeit nicht geltend gemacht.

Am sechsten Tage endlich trieben die Wehen den kindlichen Schädel mit den schlotternden Knochen zwischen Symphyse und das rückwärts verlagerte Uterussegment. Merriman machte jetzt die Perforation, liess das Gehirn abfliessen und extrahirte das Kind. Die Mutter war nach 15 Tagen wieder hergestellt.

Sechs Monate gravida wurde eine Frau von Harnverhaltung und schmerzhaften Sensationen im kleinen Becken befallen. Bartlett, der zu Rathe gezogen wurde, fand einen Theil des Uterus im grossen Becken liegen, den andern Theil sackartig ausgestülpt im kleinen Becken, dasselbe ganz ausfüllend. Die Portio stand vorn hinter der Symphyse. Da trotz Katheterismus und Venaesection der Zustand der Kranken sich verschlimmerte, so wurde von der Vagina aus der hintere Gebärmutterabschnitt aus dem kleinen Becken in die Bauchhöhle gebracht, einem Eingriffe, nach dem sich die oben angeführten Beschwerden schnell legten. Als nach 8 Tagen die vorher bestandene Lageanomalie wieder eingetreten war, wurde abermals die Reposition gemacht. Die Frau beobachtete nun in der ersten Zeit Bettruhe und genas am Ende der Schwangerschaft eines lebenden Knabens.

Die von Franke am normalen Schwangerschaftsende beobachtete Kreissende war eine 21jährige äusserst kräftige Primipara, die während der ganzen Gravidität keinen Beschwerden ausgesetzt gewesen war. Nachdem Morgens eine grosse Quantität Frucht-

wassers abgeflossen war, traten am Abend des folgenden Tages ziemlich kräftige Wehen auf, die sich nach 24 Stunden noch verstärkten. Franke fand nun die Portio über der Symphyse stehend, den Muttermund markstückgross geöffnet und in dem nach unten vorgebuchteten Gebärmutterabschnitt, der die ganze Kreuzbeinhöhle einnahm, den Kindskopf.

Die guten Wehen erweiterten das Orificium uteri in kurzer Zeit so, dass die hintere Muttermundslippe sich nach hinten und schliesslich nach oben über den mit der grossen Fontanelle nach vorn und rechts vorliegenden Kopf zurückzog. Im ferneren Verlauf drehte sich die kleine Fontanelle nach links und vorn und es erfolgte die Geburt eines kräftigen, lebenden Knabens.

In den Fällen, welche uns jetzt noch zur Verfügung stehen, erreichte bei partieller Retroflexio die Schwangerschaft nicht ihr normales Ende.

Am 28. Oct. 1877 beobachtete G. Veit einen Fall, der eine 40jährige Frau betrifft, die seit fünf Jahren verheirathet ist und drei gesunde Kinder — das letzte am 19. Januar 1876 — geboren hat. Nach ihrer ersten Geburt hatte sich bei ihr ein Gebärmuttervorfall aus der Scheide entwickelt und hatte sie deswegen einen Ring getragen, was beiläufig bemerkt, da schliesslich der eingelegte Ring erst recht den Prolapsus uteri begünstigt, leider noch so häufig der Operation vorgezogen wird. Letzte Periode hatte die Frau im April gehabt. Sie fühlte sich dann wohl bis Ende

August, wo sie plötzlich nicht uriniren konnte und Schmerzen ins Kreuz bekam. Die Harnverhaltung dauerte blos einen Tag an; die Kreuzschmerzen nahmen jedoch nach und nach an Intensität zu. Seit Ende Sept. musste sie sehr häufig Urin lassen und seit dem 18. Oct. entleerte sie den Urin unwillkürlich. Bei der am 28. Oct. 1878 erfolgten Aufnahme der äusserst reducirten Kranken, deren Puls 120 Mal in der Minute schlug, fand man einen das Abdomen stark vortreibenden bis in Nabelhöhe reichenden, schmerzhaften, fluctuirenden Tumor, welcher die enorm ausgedehnte Harnblase war. Mit dem Katheter wurden aus derselben 2 Liter stinkenden, bluthaltigen Harnes entleert. Nach Entleerung der Blase war ein zweiter Tumor fühlbar, der der Consistenz nach dem schwangeren Uterus entsprach und ebenfalls bis in Nabelhöhe reichte, in dem Kindestheile zu fühlen, Herztöne aber nicht zu hören waren. Der Douglas'sche Raum war durch einen von den Beckenwandungen abgrenzbaren, elastischen Tumor herabgedrängt, welcher sich an jeder Wehe betheiligte. Die Portio war nach vorn und oben verlagert, das Orificium uteri für zwei Finger durchgängig. Veit versuchte in der Narkose die Reposition. Dieselbe gelang ihm jedoch erst, nachdem er das Nagelglied des linken Daumens über die Umschlagstelle des Cervix weggebogen hatte und mit den übrigen Fingern derselben Hand gegen die hintere Vaginalwand andrängend mehrere Hebelbewegungen gemacht hatte. Vier Stunden nach der Re-

position wurde ein todter dem sechsten Schwangerschaftsmonat entsprechender Foetus und bald darauf die Placenta geboren.

In dem Falle von Ramsbotham waren am Ende des vierten Schwangerschaftsmonates vorübergehend Harnbeschwerden und am Ende des sechsten Monates Retentio urinae aufgetreten, der nach einmaligem Katheterismus fortdauernde Incontinenz folgte. Als Ramsbotham im achten Monat zwölf Stunden nach dem Abfluss von Fruchtwasser die äussere Untersuchung machte, fand er einen an Consistenz dem schw. Uterus vergleichbaren, an Grösse mit der Dauer der Schwangerschaft jedoch nicht übereinstimmenden Tumor. Die innere Untersuchung ergab, dass der hintere Raum des kleinen Beckens von einem festen empfindlichen Tumor ausgefüllt war und dass von der über der Symphyse stehenden Portio nur die hintere Muttermundslippe zu erreichen war. Auf die Naturhülfe vertrauend, enthielt sich Ramsbotham jeglichen Eingriffes, er gab blos Opium, um die sehr starken Wehen zu mässigen. Zwei Stunden später stand der Muttermund beinahe erweitert an richtiger Stelle. Das wegen Querlage gewendete Kind wurde todt geboren.

Bei Michaelis 43jähriger Primipara ging die Schwangerschaft ebenfalls im achten Monat zu Ende. 24stündige Geburtsarbeit hatte den hinteren Gebärmutterabschnitt papierdünn ausgezogen und so tief ins Becken eingekeilt, dass derselbe in der Vulva sichtbar war. Trotzdem war der dicht hinter der Symphyse

stehende Muttermund noch geschlossen. Michaelis versuchte denselben durch vorsichtiges Streichen mit einem Finger zu erweitern, wobei sich dieser alsbald zwei Querfinger breit öffnete. Sechs Stunden später wurde das nur $3^1/_2$ Pfund schwere Kind lebend geboren.

Greaves Fall betrifft eine im sechsten Schwangerschaftsmonate befindliche Frau, welche vor zehn Wochen vorübergehend an Blasenbeschwerden gelitten hatte. Sie hatte bereits fünf Kinder geboren. Greaves konnte folgenden Befund aufnehmen. Der vom hinteren Scheidengewölbe aus leicht erreichbare Gebärmutterabschnitt, der die ganze Kreuzbeinhöhle einnahm, trat bei jeder Wehe noch tiefer; durch den für einen Finger durchgängigen, über der Symphyse stehenden Muttermund war der vorliegende Kopf zu fühlen. Gute Wehen erweiterten den Muttermund schnell und liessen den Kopf durch ihn zwischen Symphyse und Beckentumor treten. Um eine Scheidenzerreissung zu verhüten, machte Greaves die Geradstreckung des Uterus, indem er mit zwei in den Mastdarm eingeführten Fingern der einen Hand den Tumor nach oben drängte und denselben mit der andern Hand durch die Bauchdecken über der Symphyse nach abwärts drückte. Kurze Zeit nachher wurde der Foetus ausgestossen.

Die zum siebenten Male Schwangere, über die Hecker Bericht erstattet, ist eine 35jährige gesunde Frau, bei der sich Menstruationsanomalien nie geltend

gemacht haben. Letzte Regel hatte sie Mitte Januar. Abweichend von den früheren Schwangerschaften traten in dieser ziemlich hartnäckige Obstipation und häufiger Drang zum Uriniren auf, Beschwerden, die der Frau jedoch noch gestatteten bis Anfangs Juli ihrer Beschäftigung nachzugehen. In dieser Zeit stellten sich plötzlich starke Wehen ein, so dass die Hebamme gerufen wurde. Dieselbe vermochte sich nicht zu orientiren. Hecker fand den Fundus uteri in Nabelhöhe stehend, die Portio oben hinter der Symphyse, den Douglas'schen Raum durch einen elastischen Tumor stark nach abwärts gedrängt. Da die sehr starken, in kurzen Intervallen sich folgenden Wehen das Eintreten einer Ruptur des hinteren Uterinsegmentes befürchten liessen, so wurde in Narkose die Reposition von der Scheide aus während einer Wehenpause gemacht. Kurze Zeit nachher wurde in vollkommener Fusslage ein $13^1/_2$ Zoll langes $1^5/_8$ Pfund schweres Mädchen, das noch 9 Stunden lebte, geboren. Die Nachgeburt wurde vollständig ausgestossen, der Uterus contrahirte sich gut.

Auch die Autopsie konnte bis jetzt — soweit mir bekannt ist — in zwei Fällen den zum Gegenstand der Beschreibung gemachten Formfehler des Fruchthalters constatiren.

Bayenham berichtet über eine Mehrgebärende, welche zehn Tage vor ihrer Aufnahme in das Birmingham Dispensary an Ischurie erkrankt war und bei der drei Tage nach der Aufnahme der Exitus

lethalis eintrat. Ein Apotheker, der den ersten Hülfedienst geleistet hatte, hatte mit dem Katheter die Harnröhre und Uteruswand durchstossen und das Instrument zwischen letzterer und Eihäuten hinaufgeführt. Wegen der Perforation war Bayenham der Katheterismus unmöglich geworden, der Katheter gerieth immer wieder in den verkehrten Weg. Die Section ergab, dass der Fundus die Kreuzbeinhöhlung ausfüllte, der Cervix stark gekrümmt, der Muttermund unmittelbar hinter der Symphyse gelegen und ein beträchtlicher Theil des Uterus über den Beckeneingang erhoben war, ein Lageverhältniss, welches Bayenham — wie schon früher erwähnt wurde — als „incomplete Retroversion" bezeichnete. Im unverletzten Ei befand sich ein fünfmonatlicher Foetus.

Born secirte eine Frau, die unentbunden am Ende des sechsten Mondmonates gestorben war, nachdem sie „seit einiger Zeit" an Harnverhaltung und Fieber gelitten hatte. Er fand, dass der Uterus nur einen fünfmonatlichen Foetus enthielt und, wie er mit Nachdruck hervorhebt, nicht ganz in der Beckenhöhle gelegen war, sondern in die Bauchhöhle vor den untersten Lendenwirbeln mit breiter Oberfläche convex hervorragte.

Es erübrigt uns nun, aus den vorliegenden Fällen Schlüsse zu ziehen und zwar zunächst auf die Aetiologie.

Aetiologie: In dem Gusserow'schen Falle hat offenbar — wie Herr Dr. Dührssen sagt — das Myom

die hintere Uteruswand verhindert aus dem kleinen Becken herauszusteigen, welche sich nun bei dem Wachsthum des schwangeren Uterus in der Kreuzbeinhöhle entfalten und schliesslich taschenförmig nach unten ausstülpen musste. In dem Falle von Oldham wurde der bereits retroflectirte, in dem von Veit der prolabirte Uterus geschwängert. Wenn man bedenkt, dass das Zahlenverhältniss zwischen Multiparis und Primiparis sich wie 7 : 1 verhält, so ist es höchst auffallend, dass wir unter den neun Frauen, bei denen angegeben ist, ob sie früher geboren haben oder nicht, vier Erstgebärende finden. Veit setzt diese Thatsache mit den Besonderheiten der ersten Schwangerschaft in Verbindung, mit der stärkeren Unnachgiebigkeit beziehungsweise Wirksamkeit der Gebärmutterligamente und dem grösseren intraabdominalen Druck. Das erstgenannte Moment begünstigt die partielle Reposition der Gebärmutter vor der Zeit, wo die Incarceration droht, das letztgenannte erschwert die vollständige Geradstreckung.

Symptome: Wie wir gesehen haben, machte die theilweise Rückwärtsverlegung während der Schwangerschaft in einzelnen Fällen sehr stürmische Erscheinungen, besonders von Seiten der Blase, in anderen machte sie nur vorübergehend Beschwerden und in noch anderen äusserte sie sich vor der Geburt überhaupt durch keinerlei Symptome. Der Grund hierfür ist leicht erklärlich. Um so weniger sich die vordere Uteruswand bei der fortschreitenden Schwangerschaft in das

grosse Becken erhebt und um so mehr ihre hintere Wand das kleine Becken ausfüllt, um so eher wird es zu Incarcerationserscheinungen kommen und um so intensiver werden dieselben sein. Um so mehr aber der Fruchthalter aus der kleinen Beckenhöhle herauswächst, ohne sich völlig zu reponiren, um so später — wenn überhaupt — wird sich seine Lagedeviation durch Symptome geltend machen. So kann nun uns einerseits das Auftreten von heftigen Incarcerationserscheinungen bei der partiellen Rückwärtsverlagerung der schwangeren Gebärmutter ebensowenig wundern, wie bei der totalen, und anderseits kann der Mangel an Beschwerden bei ihrem Bestehen ebensowenig befremden, wie der Mangel an Symptomen bei einem während der Gravidität ins Becken eingetretenen Kindskopf. Die Dauer der Geburt wurde in allen Fällen, in denen die Lageanomalie noch bestand, wesentlich verlängert.

Diagnose: Die Diagnose bietet bei genauer Untersuchung unter Berücksichtigung aller einschlägigen Verhältnisse für denjenigen wohl keine besonderen Schwierigkeiten, der bereits über die partielle Retroflexio informirt ist. Dieselbe stützt sich hauptsächlich auf den objectiven Befund, dass der von den Bauchdecken aus fühlbare mit dem von der Scheide aus palpabelen, den Douglas'schen Raum nach abwärts drängenden Tumor in Zusammenhang steht und dass die nach vorn und oben dislocirte Portio in das obere und untere Segment übergeht. Zugleich überzeuge man

sich, dass ein Tumor, welcher der normal liegende Uterus sein könnte, im Abdomen fehlt und sogleich der von aussen und innen fühlbare Tumor dem vergrösserten Uterus angehört. Bestehen Incarcerationserscheinungen, deren später Eintritt stets an das Vorhandensein einer theilweisen Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter erinnern muss, so fällt schon bei der Besichtigung des Leibes die charakteristische Gestalt der enorm ausgedehnten Harnblase auf.

Prognose: Wie uns unsere Fälle zeigen, ist die Prognose für die Frucht eine ziemlich infauste. Nur in zwei Fällen, in denen von Bartlett und Franke, erfolgte am normalen Schwangerschaftsende die Geburt eines lebenden Kindes. Michaelis Schwangere gebar im achten Mondsmonat ein lebendes also auch lebensfähiges Kind. In allen übrigen Fällen — natürlich abgesehen von den zur Section gelangten — kam es entweder zur Geburt todter oder lebender aber lebensunfähiger Früchte. Das Leben der Mutter ist, falls rechtzeitige Hülfe eintritt, durchaus nicht gefährdet. In den beiden Fällen von Bayenham und Born trat wegen verkehrter resp. zu später Hülfeleistung der Tod ein.

Therapie. Bei der Therapie kommt vor allem die Geradstreckung des Fruchthalters in Frage.

Die Indication zu derselben kann eine dreifache sein:

1. um die durch die partielle Retroflexio bedingte Incarcerationserscheinungen zu beseitigen,

2. um eine Fehl- resp. Frühgeburt zu verhindern,

3. die durch die Lagedeviation erschwerte Geburt zu erleichtern.

Seitdem Tyler Smith die Ansicht zur allgemeinen Geltung gebracht hat, dass bei der Retroflexio uteri gravidi die Harnretention das secundäre sei, kann es nicht mehr auffällig sein, dass nach der Reposition des incarcerirten Uterus die Blasensymptome sich schnell legen. Auch in allen unseren Fällen, in denen reponirt worden ist, verloren sich rasch die Beschwerden von Seiten der Blase.

Im Bartlett'schen Falle erreichte nach der im sechsten Monat vorgenommenen Reposition die Schwangerschaft ihr normales Ende. Zweifelsohne wäre auch im Gusserow'schen Falle nach Behebung der Dislocation eine vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft nicht eingetreten, wenn sich nicht eine Complication geltend gemacht hätte.

Der Erfolg, den die während des Kreissens gemachte Reposition auf den weiteren Fortgang der Geburt hatte, kommt in den Fällen von Oldham, Veit, Greaves, Hecker auf das Deutlichste zum Vorschein.

Um Recidiven vorzubeugen, legt man zweckmässig — wie Herr Geheimrath Gusserow es gethan hat — einen Ring ein, welcher das Abweichen der Vaginal-

portio nach vorn und dadurch das Wiederumfallen des Uterus verhindert.

Die Art und Weise, wie die Reposition vorzunehmen ist, muss sich nach dem einzelnen Fall richten. In den angeführten Fällen gelang sie bald durch einfaches Aufwärtsdrängen des unteren ausgesackten Gebärmutterabschnittes, bald durch einen doppelten Handgriff oder durch Hebelbewegungen von aussen und innen her. Stets wird es rathsam sein, die Geradstreckung in Narkose vorzunehmen, um die Muskelspannung der Frau auszuschalten. Eine passende Lagerung der Frau wird manchmal die Wirkung der verschiedenen äusseren und inneren Handgriffe wesentlich fördern.

Zum Schlusse nehme ich Veranlassung, Herrn Geheimrath Prof. Dr. Gusserow für die gütige Ueberlassung des Materials und Herrn Privatdocent Dr. Dührssen für die freundliche Unterstützung bei ihrer Ausführung meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Oldham, Obstetric. transact. Vol. I. 1859.

Franke, Monatsschrift für Geburtshülfe. Bd. 21.

G. Veit, Volkmann's klin. Vorträge. No. 170. 1876.

Hecker, Monatsschrift für Geburtshülfe. Bd. 12.

Thesen.

I.

Das Fruchtwasser dient in der letzten Hälfte der Schwangerschaft nicht zur Ernährung des Kindes, es ist vielmehr im Wesentlichen ein Product des kindlichen Stoffwechsels.

II.

Die Alopecia areata ist parasitärer Natur.

III.

Die Zuckerausscheidung im Harn ist nicht als Krankheit, sondern als Sympton einer Krankheit aufzufassen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Johann Lambert Lueb, kath. Confession, geb. am 15. März 1864 zu Borken in Westfalen, erhielt seine wissenschaftliche Vorbildung auf dem Grossh. oldenburgischen Gymnasium in Vechta von Herbst 1880 bis Herbst 1885, wo er dasselbe mit dem Zeugniss der Reife verliess, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Er besuchte die Universitäten: Berlin (1 Semester), München (1 Semester), Würzburg (2 Semester), Leipzig (1 Semester), Kiel (1 Semester), Berlin (2 Semester). Vom 1. April bis 1. October 1886 genügte er seiner activen Dienstzeit mit der Waffe als Einjährig-Freiwilliger. Im Juli 1887 bestand er die ärztliche Vorprüfung, im Juni 1889 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

Berlin: v. Bergmann, Dührssen, Gerhardt, Gusserow, Martius, Müller, Waldeyer, Winter.

München: Rüdinger.

Würzburg: Fick, Kohlrausch, Kölliker.

Leipzig: Birch-Hirschfeldt, v. Mangoldt.

Kiel: v. Esmarch, Flemming, Hoppe-Seyler, Völckers.

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen besten Dank aus.